Cancers de la thyroïde

I – Généralités :

Les cancers de la thyroïde sont généralement rares, mais ce sont les plus fréquents des cancers endocriniens.

II – Cancers différenciés :

Principales caractéristiques des thyréocytes sont conservées :
1. Hormono-dépendance à la TSH.
2. Synthèse de Thyroglobuline (TG)
3. Captation de l'iode.

1 - Anatomo-pathologie :

Trois types de cancers différenciés : Cancers papillaires, vésiculaires et peu différenciés.

A) Cancer Papillaire :

Tumeur maligne épithéliale, manifestement de souche vésiculaire, typiquement constituée de formation papillaire et vésiculaire et comportant des modifications nucléaire caractéristiques. C'est le plus fréquent (85 à 90%).

Possède deux critères de malignité : Un critère principal et un critère accessoire.

Critère principal : Anomalies nucléaires = Contours sinueux, aspect en verre dépoli, empilement en tuile de toit et pseudo-inclusions.
Critère accessoire : Architecture papillaire.

Ce sont des cancers lymphophiles, ils sont donc à l'origine de métastases ganglionnaires.
Multifocalité + (?)
Possède le meilleur pronostic.

B) Cancers vésiculaires :

Tumeurs malignes épithéliales à l'évidence de souches vésiculaires, ne possédant pas les critères diagnostiques des cancers papillaires. Ils sont moins fréquents que les cancers papillaires (5 à 8%) et de moins bon diagnostic.

Critères de malignité : Invasion capsulaire et/ou vasculaire.

Ce sont des cancers à dissémination hématogène, ils sont donc à l'origine de métastases viscérales.

C) Cancers peu différencié :

Regroupe les caractéristiques des deux cancers précédents.

2 - Epidémiologie :

Augmentation exponentielle de l'incidence des cancers de la thyroïde, notamment les cancers papillaires (plus précisément les micro carcinomes papillaires = Dont le diamètre est inférieur à 1cm) depuis les années 1970.

Touchent quatre femmes pour un homme, toutes les tranches d'âge mais surtout entre 40 et 60 ans.

Taux de mortalité : 0.8%

Facteurs de risque : Antécédent d'irradiation cervicale durant l'enfance.

Antécédents familiaux de cancers de la thyroïde.

Un certain nombre de maladies génétiques : Syndrome de Gardner (Polypose adénomateuse familiale) maladie de Cowden, complexe de Carney…

La carence en iode favorise la répartition histologique des cancers.

3 - Clinique :

Plusieurs modes de révélation (ou circonstances de découverte) :

- Goitre nodulaire.
- Exploration d'adénopathies cervicales.
- Exploration de métastases viscérales.
- Découverte fortuite.

4 - Examens complémentaires :

	Bénin	Suspicion de malignité
Clinique	Nodule arrondi, mou et régulier.	Nodule ovalaire, dure, irrégulier, présence d'adénopathies cervicales, évolution rapide, compressif (Dyspnée, dysphagie, dysphonie) Atcd d'irradiation cervicale.
Echographie	Hyperéchogène, kystique, présence d'un halo complet, absence de vascularisation, multiplicité des lésions.	Hypoéchgène, contours irréguliers, halo incomplet, hyper vascularisation, micro calcifications, présence d'adénopathies.

Cytologie :

- ➔ Bénin : A surveiller.
- ➔ Suspect : A opérer.
- ➔ Malin : A opérer.
- ➔ Indifférencié : A recontrôler, si lors de la deuxième cytoponction le résultat reste encore indifférencié → A opérer.

5 - Diagnostics différentiels :

- Kyste de la thyroïde : Formation liquidienne à l'échographie.

Cytoponction : Double intérêt : Diagnostic et thérapeutique (Aspiration du liquide)

- Adénome de la thyroïde : Reste toujours suspect.

6 - Pronostic :

Facteurs de mauvais pronostic : Sexe masculin, âge > 45 ans, selon le type histologique, degré de différenciation, extension de la tumeur primitive, existence de métastases et envahissement ganglionnaire.

7 - Traitement :

A - Traitement chirurgical :
Thyroïdectomie totale en un ou deux temps (idéal en un temps) complétée par un curage ganglionnaire minimum central.

B - Irathérapie :
Triple intérêt : Thérapeutique, diagnostic et de suivi.
Réservée aux formes de mauvais pronostic et n'est donc pas systématique.
Doit être débutée quatre à six semaines après la thyroïdectomie afin de laisser le temps à la TSH d'augmenter au-dessus du seuil de 30 mu/ml (TSH > 30 mu/ml) et à la revascularisation.

Contre-indication : Femme enceinte ou allaitante (Abstention pendant au moins six mois, jusqu'à une année d'où la mise sous contraception)

C - Traitement hormonal freinateur :
Par la Levothyroxine, c'est un traitement substitutif et freinateur (TSH sous traitement doit être < 0.1 mu/ml)

8 - Surveillance :

Clinique – Radiologique (Echographie cervicale) – Biologique (TSH – FT4/FT3 – TG et Ac Anti TG) – Balayage scintigraphique.

9 - Traitement des métastases :

Par chirurgie si métastases accessibles, sinon : Irathérapie, radiothérapie externe, chimiothérapie ou thérapie ciblée.

III – Cancer Médullaire de la Thyroïde :

1) Anatomopathologie :

Cancer à stroma amyloïde, représente 5 à 10% des cancers de la thyroïde.
Se développe au dépens des cellules C de la thyroïde, cellules responsables de la synthèse de la calcitonine.

2) Epidémiologie :

Cas sporadiques
20 % des cas : formes héréditaires
- ➔ Familiaux

- ➔ Néoplasies endocriniennes multiples de type 2 (NEM2) : Par mutation du proto-oncogène RET.

Touche de façon égale les hommes et les femmes et se voit à tout âge. (NEM → Sujets jeunes ++)

3) Clinique :

Circonstances de découverte :
De façon générale par :
Goitre : Nodule isolé, dure, siège aux deux tiers supérieurs de la thyroïde.
Signes extra-thyroïdiens : Diarrhées motrices (30% des cas) – Bouffées vasomotrices (Flush syndrome)
Signes propres aux NEMs :
NEM IIa = CMT + Phéochromocytome + Hyperparathyroïdie.
NEM IIb = NEM IIa + Dysmorphie marfanoïde + Neurinomes.

4) Examens complémentaires :

Sont au nombre de trois :
Echographie cervicale : Signes suspects (Idem que Cancers différenciés)
Biologie : Marqueurs tumoraux : Sont au nombre de deux :
TCT (Thyrocalcitonine)
ACE (Valeur pronostic +++ et non pas diagnostique)
Génétique moléculaire : Recherche de la mutation du proto-oncogène RET.

5) Bilan d'extension :

CMT lui-même = TDM Cervico-thoraco-abdominale.
Bilan d'extension des NEMs : Dépister le phéochromocytome par le dosage des métanéphrine et normétanéphrine. (Ne jamais opérer un CMT avant le phéochromocytome)
Enquête familiale.

6) Traitement :

A - Chirurgical :
Particulier = Thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire bilatéral et symétrique.

B - Complémentaire :
Radiothérapie – Chimiothérapie – Thérapie ciblée.

7) Surveillance :
Clinique – Radiologique et Biologique (TCT)

NB : Dans les formes familiales, on peut proposer une thyroïdectomie prophylactique chez les enfants.

IV – Cancer indifférencié (Anaplasique) :

1) Anatomopathologie :

10% des cancers de la thyroïde, se voit surtout en zone de carence iodée.
Absence de cellules épithéliales et de différenciation architecturale.
Tumeur diffuses non encapsulées et à contours flous. D'évolution rapidement fatale en quelques semaines en l'absence de traitement.

2) Clinique :

Touche surtout la femme de plus de 60 ans.

Classiquement : Tumeur qui augmente rapidement de volume. Touche l'ensemble de la thyroïde ou un seul lobe. Fixée, mal limitée, compressive et accompagnée de volumineuses adénopathies satellites.

3) Examens complémentaires :

Radiographie du thorax (Visualiser le retentissement sur la trachée)
Cytoponction
TDM

4) Evolution et pronostic :

Effroyable, mort en quelques jours à quelques semaines dans un tableau compressif important.

5) Diagnostics différentiels :

- Thyroïdite de Riedel : Où les adénopathies sont absentes.
- Lymphome de la thyroïde.

6) Traitement :

Chirurgie proposée dans deux situations :
Si il est possible d'opérer et en urgence (Trachéotomie si compression importante)

Chimiothérapie et radiothérapie adjuvante ou néo-adjuvante.